41e Année. — N° 47 Vendredi 23 Novembre 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : La pathologie et la clinique, 737. — Néphite ourlienne suivie de mort, par le Dr Le Roy, 738. — **Bibliographie** : Traité élémentaire d'ophthalmologie, par H. Nimier et F. Despagnet, 739. — **Académie de médecine** : *Séance du 15 novembre* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Rapports de prix, 739. — Elections, 740. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 16 novembre* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Infections pyogéniques exogènes au cours de la fièvre typhoïde, 740 — Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires, 741. — Goitre exophtalmique et injections de suc thyroïdien, 741. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 15 novembre* 1894. — Présidence de M. le Dr Besnier. — Eruption zostériforme chez une syphilitique, 741. — Dermatose post-vaccinale en placards simulant l'urticaire pigmentée, 742. — Zona gangreneux. 742. — Nævus lichénoïde, 742. — Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire, 742 — Ichthyose familiale, 742. — Psoriasis chez une syphilitique, 743. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 10 novembre* 1894. — Présidence de M. Christian. — Rectification, 743. — Présentation de brochure, 744. — Brûlures de l'œil par les vapeurs d'ammoniaque, 744. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : *Séance du 10 octobre* 1894 — Présidence de M. Rotillon, 746. — **Société de chirurgie** : *Séance du 21 novembre* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Bouton de Murphy, 747. — Gastrostomie par le procédé de Villar, 747. — Culture du sarcome, 747. — Procédé de ligature des artères en chaîne, 747. — Péritonite suite de perforation. Laparotomie. Mort, 747. — Brancard pour transport de blessés, 747. — Fracture de rotule ; fragment séparé formant corps étranger du genou. Ablation. Suture Guérison, 747. — Résection de maxillaire. Autoplastie. Guérison, 747. — **Congrès français de chirurgie**, 8e session tenue à Lyon, du 9 au 13 octobre — Cinq faits de chirurgie rachidienne, 748. — Cas de chirurgie rachidienne, 748. — Variétés de niveau des paralysies par traumatisme médullaire, 749. — Sur la cystostomie préliminaire dans le traitement de certaines fistules, 749. — **Correspondance**, 749. — **Nouvelles**, 750. — **Bulletin bibliographique**, 752.

CLINIQUE MÉDICALE

La pathologie et la clinique.

M. le professeur Hayem a inauguré le samedi 10 novembre ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Antoine. C'est la première fois qu'une chaire officielle de clinique médical est transférée dans cet hôpital, relativement éloigné du quartier des Écoles. Nous ne doutons pas que bientôt les élèves en grand nombre s'en prennent le chemin, attirés par la parole du professeur et par les nombreux moyens d'instruction qu'il met très libéralement à la disposition de ses auditeurs.

Nous donnons ci-dessous le résumé de la leçon d'ouverture. A. Ch.

M. Hayem indique d'abord comment il entend la clinique. Celle-ci diffère beaucoup de la pathologie. Pour connaître très bien la pathologie, il suffit d'avoir de la mémoire, mais un étudiant qui saurait par cœur le meilleur traité de pathologie ne ferait pas pour cela un clinicien. Chaque malade est un problème à résoudre, il faut du raisonnement et de l'observation.

Le clinicien met en jeu tous ses sens. De nos jours, il est vrai, la clinique se rapproche de plus en plus des études de laboratoire, elle utilise un grand nombre d'instruments. Les moyens d'étude deviennent de plus en plus complexes. Dans les grandes villes il ne faut pas trop s'effrayer de cette complexité. On peut s'adresser à des spécialistes, des pharmaciens, des chimistes, etc., mais le clinicien doit être au courant de tous les procédés et il faut qu'il soit capable lui-même de vérifier les résultats qu'on lui apporte.

Aujourd'hui, l'outillage de la clinique est tellement considérable, qu'à l'étranger on en fait un enseignement spécial, la propédeutique ou étude de la technique clinique.

L'instrumentation n'est pas suffisante, il faut encore interroger les malades et c'est là la partie délicate et difficile de l'observation. L'interrogation fait connaître l'anamnèse et les signes objectifs. Le diagnostic résulte, lui, d'une opération intellectuelle. Il se fait dans l'esprit un premier travail qui consiste dans le classement des faits, dans leur comparaison avec ceux qu'on a déjà observés ; pour arriver au diagnostic, il faut connaître la pathologie ; seul un médecin instruit peut porter un diagnostic ayant une certaine valeur.

L'élève a un avantage réel à n'aborder la clinique que lorsqu'il connaît déjà la pathologie ; mais la pathologie n'est qu'une description, il est nécessaire d'avoir sous les yeux des exemples des maladies décrites ; il faut, dès le début, fréquenter l'hôpital. L'observation des malades met au premier plan les symptômes qui sont réellement les plus importants. La description des livres de pathologie est purement artificielle, il faut également observer la nature et faire de la pathologie et de la clinique d'une façon parallèle.

L'étude de la clinique a un intérêt professionnel de premier ordre. L'enseignement de la clinique devrait être le plus favorisé et le plus suivi. Malheureusement il n'en est pas ainsi. En France, nous faisons d'excellents cliniciens et en grand nombre, mais, c'est grâce aux hôpitaux, grâce à l'externat et à l'internat. Les

étudiants devraient donc s'intéresser de la façon la plus sérieuse aux études des hôpitaux.

Cet enseignement a une grande valeur pratique, il a aussi une grande valeur morale, il faut donc le rendre aussi fructueux que possible.

S'il existait en France des cliniques propédeutiques, c'est par là que l'étudiant devrait commencer. Il faut espérer que bientôt cette lacune sera comblée par la nouvelle organisation du stage.

Nous possédons des cliniques spéciales et des cliniques générales. Les cliniques spéciales ont un avantage incontestable; d'abord, c'est que le professeur possède beaucoup mieux son sujet et l'enseigne mieux; il est plus apte à être au courant de la littérature médicale, de plus, dans ces services spéciaux, l'élève voit, dans un temps relativement court, un grand nombre de cas qui sont rares dans les autres services. Aussi le nombre des cliniques spéciales a beaucoup augmenté dans ces derniers temps. Cependant ces cliniques présentent des défauts; les spécialistes, quelque forts qu'ils soient en médecine générale, ont toujours de la peine à connaître l'ensemble de l'individu, à établir une relation entre les divers phénomènes morbides; et en général plus un médecin est excellent spécialiste, plus il est étranger aux autres branches de la pathologie. Aussi y aura-t-il toujours place pour la clinique générale, où se fait le véritable enseignement du praticien, où l'on voit le malade dans son entier.

Ces cliniques ne sont pas tout à fait des cliniques générales puisqu'on en a distrait les spécialités. Le professeur doit s'efforcer de placer devant ses élèves le plus grand nombre de cas possibles. Dans quel ordre? On peut suivre l'ordre de la pathologie comme le fait, à Moscou, le professeur Zacharine; mais il est préférable de se laisser guider par ce qu'on appelle les hasards de la clinique et de profiter des petites épidémies qui surviennent de temps en temps.

Les professeurs de clinique, surtout en France, ont coutume de s'inquiéter des lacunes de l'instruction pathologique de leurs élèves, mais le nombre des leçons est très limité; aussi M. Hayem fera avant tout un enseignement clinique. Il consacrera, en outre, une ou deux leçons à ses recherches personnelles. Il estime, en effet, que, dans une faculté comme la nôtre, le professeur a non seulement le droit, mais le devoir de participer aux progrès de la médecine.

On pourrait croire, d'après l'exemple de ces dernières années, que les médecins ne sont pas des hommes de progrès et que, pour faire avancer la médecine, il ne fallait pas être médecin. Mais si Pasteur et ses élèves ont pu donner à la médecine une impulsion considérable, il ne faut pas oublier que ces hommes ont dû prendre l'observation des malades pour point de départ de leurs travaux. Les médecins avaient depuis plus ou moins longtemps émis des hypothèses que les expérimentateurs ont confirmées. Ces expérimentateurs avaient dû se faire une clinique spéciale et la clinique doit toujours contrôler les résultats de leurs recherches. Il est, d'ailleurs, un grand nombre de maladies non transmissibles, que l'on n'observe que chez l'homme, et que la clinique peut seule étudier.

Les autopsies sont, en quelque sorte, le contrôle du clinicien; il y a heureusement d'autres modes de contrôle.

Dans quelques années, le service sera complété par une construction nouvelle, mais déjà il est riche de ressources. Le professeur fait lui-même deux leçons par semaine; les malades sont conduits, sans refroidissement possible, dans un amphithéâtre qui communique avec les salles. Quand le malade a été interrogé on peut le reconduire dans sa salle pour parler du pronostic et du traitement.

La leçon du mardi est consacrée aux cas aigus, aux malades reçus la veille à la consultation; celle du samedi est faite sur les chroniques qui demandent une observation longue et souvent des instruments spéciaux. De plus, les assistants feront le jeudi un cours complet de propédeutique.

Néphrite ourlienne suivie de mort,

Par le Dr Le Roy,
Ancien interne des hôpitaux.

Il est rare que les oreillons se compliquent de néphrite albumineuse, bien que la thèse récente de M. Gagé ait contribué à faire mieux connaître la néphrite ourlienne. On considère d'ailleurs jusqu'à présent cette variété d'albuminurie comme passagère et bénigne; toutefois, M. Bézy, à la séance du 3 mars de la Société médicale des hôpitaux, fait observer, après M. le professeur Bouchard, que l'albuminurie ourlienne peut créer une vulnérabilité spéciale de l'épithélium rénal, et entrer dans la pathogénie de certaines néphrites chroniques à étiologie obsurce.

J'ai eu, l'an dernier, l'occasion d'observer un cas de néphrite ourlienne, bien autrement grave que l'albuminurie passagère qu'on peut observer parfois dans le cours des oreillons; c'est ce cas qui fait l'objet de ma communication.

Le 22 avril 1892, je suis appelé près d'une fillette de 9 ans, malade depuis deux jours, sans être alitée. Je constate une tuméfaction de la parotide droite absolument caractéristique d'une poussée unilatérale d'oreillons. D'ailleurs, le lendemain, la parotide gauche était également un peu tuméfiée.

Fièvre très modérée, léger embarras gastrique, un peu de difficulté de la déglutition, amygdales un peu rouges, glandes mammaires normales, rien à la poitrine ni au cœur. Je me contente d'ordonner un purgatif salin, et des onctions de baume tranquille recouvert d'ouate, ainsi que le séjour rigoureux à la chambre pendant une huitaine de jours. Au bout de quatre jours, tout avait disparu, sauf un peu de tuméfaction des gan-

glions sous-maxillaires qui céda d'ailleurs huit jours après le début des oreillons, moment auquel je crus pouvoir permettre sans imprudence à l'enfant de sortir. Je puis affirmer que pendant ces huit jours il ne s'est produit aucun symptôme de scarlatine, et d'ailleurs, à aucun moment avant ou depuis, les parents, que j'ai à plusieurs reprises minutieusement interrogés à ce sujet, ne se sont aperçus d'aucune éruption cutanée. J'avoue ne pas avoir pratiqué l'examen des urines pendant la poussée aiguë d'oreillons, ne songeant pas à l'utilité possible de cet examen.

Le 26 mai 1892, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après le début des oreillons, les parents me prient de nouveau d'examiner l'enfant, dont ils trouvaient l'embonpoint excessif depuis cinq ou six jours. Je constatai à ce moment un œdème notable des membres inférieurs, de la région lombaire et de la bouffissure des joues et des paupières. J'examinai aussitôt l'urine qui renfermait une grande quantité d'albumine (3 gr. 60 par litre). Cette urine était rare, environ 800 grammes par vingt-quatre heures, foncée, d'un rouge sale, mousseuse, trouble. Il n'y a aucune ascite. Le cœur et les poumons sont normaux. Les parties œdématiées, surtout les lombes et les membres inférieurs, sont légèrement douloureuses surtout à la pression.

Je ne constate aucun phénomène d'urémie. Une enquête minutieuse ne me permet pas de rattacher cette néphrite infectieuse à autre chose qu'à la poussée ourlienne survenue un mois auparavant.

J'institue tout de suite le régime lacté exclusif, trois litres de lait par jour. Ventouses sèches à plusieurs reprises sur la région lombaire. Purgatif une fois par semaine.

Au bout de quinze jours, aucune amélioration. Je conseille alors d'emmener l'enfant à la campagne, pour lui permettre de prendre un lait plus pur que celui qu'elle buvait à Paris et que j'avais grand'peine à lui imposer, ensuite pour la placer dans un milieu plus aéré que la chambre étroite dans laquelle elle était obligée de vivre.

Le confrère qui lui donna ses soins à la campagne continua le même traitement et il y joignit le tanin, le fer et le quinquina. Malheureusement l'enfant ne se soumit qu'avec mauvaise volonté au régime lacté.

A la date du 23 juin, mon confrère M. le Dr Le Boucher m'écrit que la malade n'a ni céphalée, ni accidents urémiques ; les urines sont laiteuses, elles renferment une quantité énorme d'albumine. Pas de troubles de la vue. L'enfant est très animée ; elle conserve sa gaîté.

Je n'ai plus reçu de nouvelles jusqu'à son retour, le 5 septembre 1892 ; l'enfant nous est ramenée mourante de la campagne, presque anurique, avec de la dyspnée urémique extrême, et deux jours après son retour, elle tombe dans un état comateux qui l'emporte le 5 septembre 1892.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire d'ophthalmologie, par H. Nimier et F. Despagnet. Un vol. in-8 de 944 pages avec une planche en couleurs et 432 figures dans le texte. Paris, F. Alcan, 1894.

Nos excellents confrères et amis Nimier et Despagnet sont des hommes modestes : « ils ont surtout écrit, disent-ils, pour ceux qui commencent les études ophthalmologiques, sans chercher à être complets ; ils ont supprimé tout historique, toute bibliographie, certains de ne pouvoir mieux faire que les grands traités que nous possédons » ; ils se sont contentés d'indiquer les traitements le plus couramment usités, restant très sobres de formules ; ils ont jugé n'avoir rien de bien nouveau à dire sur les paupières et le cristallin. Par contre ils se sont longuement étendus sur les centres optiques et les centres moteurs, et se sont tout particulièrement appliqués à la description de la réfraction. Citons enfin avec plaisir, pour en finir avec la préface, une phrase assez fière que voici : « Enfin on pourra nous reprocher de n'avoir pas assez fait appel aux travaux étrangers. Nous répondrons que la plupart du temps nous avons suffisamment trouvé en France ce dont nous avions besoin et nous avons été heureux de cette occasion de montrer ce qu'avaient fait nos compatriotes, alors que bon nombre de nos devanciers semblaient vouloir l'ignorer. »

L'opinion que les auteurs ont de leur ouvrage se confirme absolument à mesure qu'on avance dans la lecture de ce livre. Nous venons de le lire presque tout entier et nous gardons cette impression que c'est là un excellent livre, appelé à rendre de grands services. Assurément bien des passages paraîtront écourtés aux spécialistes qui les liront, mais les auteurs nous ont prévenu qu'ils ne cherchaient pas à être complets. On peut au moins être certain de trouver dans ce livre tout ce qu'il est réellement important de savoir ; les diverses parties en sont très bien proportionnées et, ce que nous devons ajouter, parce que la modestie des auteurs les empêcherait certainement de le dire, c'est qu'on voit bien que le livre est fait par des cliniciens, non seulement par des hommes instruits et consciencieux, mais par des médecins ayant l'habitude d'observer des malades et de tirer profit de leurs observations. C'est un livre vécu en quelque sorte, et par conséquent un bon livre, que nous ne saurions trop recommander.

A. Chevallereau.

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 13 novembre 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

Rapports de prix. — M. Cadet de Gassicourt lit au nom de M. Kelsch son rapport sur les 5 mémoires envoyés pour le prix de l'Académie.

M. Valin lit un rapport sur les 16 travaux envoyés pour le prix Vernois.

M. Landouzy lit un rapport sur les 12 mémoires envoyés pour le prix Godard.

M. Straus lit un rapport sur l'unique mémoire envoyé pour le prix Portal.

M. Constantin Paul lit un rapport sur les eaux minérales.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section de médecine opératoire en remplacement de Cusco. Sur 74 votants, majorité 38, M. J.-L. Championnière est élu par 66 votants, contre 3 données à M. Delorme, 2 à M. Delens, 2 à M. Pozzi et un bulletin blanc.

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de rapports de prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 novembre 1894. — Présidence de M. Fernand.

Infections pyogéniques exogènes au cours de la fièvre typhoïde. — M. Chauffard. On peut observer, au cours de la fièvre typhoïde, deux ordres de processus suppuratifs. Les uns relèvent directement de la septicémie éberthienne, et ne laissent isoler, comme agent pyogène, que le bacille typhique; les autres, beaucoup plus fréquents, reconnaissent comme origine l'action des germes pyogènes vulgaires, et, en particulier, des staphylocoques.

Ces derniers abcès ont quelques caractères cliniques assez particuliers, à savoir : leur multiplicité, par productions successives; la rapidité avec laquelle chacun d'eux guérit le plus souvent; enfin leur apparition tardive, à la fin du processus typhique qu'elle peut prolonger ou réveiller. Pour expliquer leur genèse on se contente d'invoquer le plus souvent la notion des infections secondaires, sans se demander d'où vient, d'où part cette complication pyogénique surajoutée, et, cependant, ne fût-ce qu'au point de vue de la prophylaxie possible de ces abcès, la solution du problème pathogénique serait d'un grand intérêt. Or, je crois que ces abcès peuvent relever d'infections extrinsèques, en d'autres termes être *exogènes*. C'est, du moins ce que m'a paru démontrer l'épidémie typhique que j'ai observée cette année dans mon service, à Laënnec.

Les abcès se sont montrés chez 12 malades sur 25, soit un pourcentage de 48 p. 100. Il est vraiment insolite, car sur 233 cas analysés dans leur beau livre par Bouveret et Tripier, 25 cas d'abcès seulement sont signalés, soit une moyenne de 10,7 p. 100. Si je prends comme point de comparaison la statistique de ces auteurs c'est que, dans leurs services comme dans le mien, les typhiques ont été traités systématiquement par la méthode de Brandt. D'autre part, je n'ai jamais vu autant d'abcès dans les nombreux cas de fièvre typhoïde que j'ai soignés pendant quatre ans à Broussais. Quoi qu'il en soit, mon chiffre énorme d'abcès (12 fois sur 25 cas) comprend diverses catégories de faits. Sur les 25 cas, 13 fois absence de toute suppuration. Sur les 12 cas restants, 6 fois abcès sans gravité, simplement furonculeux ou superficiels, et 6 autres cas compliqués d'abcès graves et profonds.

La lésion intestinale des plaques de Peyer, envisagée comme porte d'entrée de ces pyogénies secondaires, ne rend compte ni de la fréquence insolite de ces abcès, ni de leur caractère tardif, ni de leur survenance chez certains malades et non chez d'autres. Supposons, au contraire, que ces typhiques se sont infectés par le dehors, que leurs abcès ont une origine exogène, et voici ce que l'enquête pathogénique nous apprend.

Dans le groupe des cas non compliqués d'abcès, nous trouvons 5 cas si légers qu'ils n'ont pas nécessité de bains; 3 cas atténués, ayant comporté 46, 30 et 2 bains; 1 cas avec 90 bains; 3 cas de mort par hémorragie ou par suppuration. L'examen des autres cas nous montre l'influence pathogénique de la durée de la maladie et du nombre des bains donnés. Tous les typhiques qui ont eu des abcès avaient pris plus de 90 bains, sauf un qui n'en avait pris que 69. Par contre, un seul des cas non compliqués d'abcès avait nécessité 90 bains, tous les autres étaient restés au-dessous de ce chiffre. De même dans le service voisin de M. Oulmont, remplacé alors par M. Gaillard, sur 17 typhiques traités, un seul prend 90 bains, et est atteint d'éruption furonculeuse; les autres prennent de 50 à 80 bains et ne suppurent pas.

Il semble donc que plus est grand le nombre des bains nécessités par une fièvre typhoïde, et plus s'accroissent les chances d'abcès, et cela non seulement à cause de la gravité accrue de la maladie, mais aussi à cause des gerçures, crevasses, lésions superficielles des téguments, qui se montrent chez les sujets soumis coup sur coup à un grand nombre de bains. L'examen bactériologique comparatif du pus des abcès et de l'eau des bains plaide dans le même sens, c'est-à-dire en faveur de l'origine exogène. Chez cinq de nos malades, l'agent pyogène était le staphylocoque doré ou citrin, et c'est le même germe que M. Chantemesse retrouvait, sur ma demande et à l'état virulent, dans l'eau prise dans la baignoire avant d'avoir servi aux bains.

Pour expliquer la fréquence de ces abcès, ainsi interprétés comme d'origine exogène, il faut invoquer plusieurs causes contingentes et surajoutées : hôpital aussi peu propre que possible, salles qui n'ont pas été repeintes ni lessivées depuis plus de quinze ans, eau de Seine dans les baignoires, enfin, peut-être, transport et inoculation d'un malade à l'autre par les infirmières et les garçons préposés au soin des typhiques.

De même que nous étudions chaque typhique appareil par appareil, nous devons donc surveiller de très près le milieu dans lequel il subit sa maladie, et en particulier le milieu hydrique. Le typhique n'a que trop d'occasions ambiantes de s'infecter, et ces occasions, il faut les lui éviter par toute une série de mesures prophylactiques qui sont la conclusion pratique de tout ce qui précède.

M. Le Gendre. Plus les bains sont prolongés, comme l'a dit M. Chauffard, plus ces abcès sont fréquents, parce que l'épiderme des mains et des pieds surtout se ramollit en proportion. C'est pour ce motif que dans le service de M. Bouchard on faisait placer, pendant le bain, les mains des malades sur une planchette mise en travers de la baignoire. D'autre part, immédiatement après le bain, on recouvrait de vaseline les fissures apparentes des régions qui n'avaient pu être protégées contre le ramollissement hydrique de leur épiderme.

La preuve de cette influence de l'action des bains prolongés sur la production des abcès superficiels m'a été fournie par la petite expérience suivante : chez des ma-

lades qui avaient déjà fait de ces suppurations superficielles et qui en faisaient encore, je supprimais les bains et alors les abcès cessaient de se produire. Je recommençais les bains et les abcès reprenaient; mais il n'en a plus été de même quand j'eus employé de l'eau qui avait bouilli ou à laquelle j'avais ajouté un antiseptique approprié.

M. Achard. J'ai soigné à Cochin 26 typhiques par la méthode de Brand, dont 10 femmes et 16 hommes. Les 10 femmes avaient chacune leur baignoire. Aucune n'a eu d'abcès. Sur les 16 hommes, 8 avaient également une baignoire individuelle. Pas d'abcès. Les 8 autres sont baignés dans une baignoire commune; 7 présentent des abcès. Ceci montre bien, ce me semble, l'influence de la contagion. J'ajoute qu'à Cochin, comme à Laënnec, nous ne disposions que d'eau de Seine.

M. Rendu. En pareils cas les malades d'hôpital se contagionnent plus, je crois, par leurs draps de lit, après le bain, que par l'eau du bain elle-même. Cela est surtout vrai quand ils ont déjà suppuré. En ville, dans des conditions de propreté convenable, je n'ai jamais vu survenir de ces abcès superficiels, même avec de l'eau de Seine, pour faire le Brandt.

Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires. — M. Achard. Je désire appeler l'attention sur les complications hépatiques de l'appendicite signalées par un grand nombre d'auteurs, mais un peu négligées cependant dans les descriptions récentes de la maladie. J'ai observé un malade qui présentait à son entrée à l'hôpital les signes d'une péritonite généralisée avec localisation prédominante au niveau du foie. En ce point, on sentait une tuméfaction résistante, mate, non fluctuante et très douloureuse. Une ponction exploratrice ramena un peu de sang et quelques grumeaux de pus qui fournirent des cultures de coli-bacille pur et virulent. Je pensai qu'il s'agissait d'une péri-hépatite en voie de suppuration et j'admis comme probable l'origine appendiculaire de ces accidents, car le malade m'apprit que la douleur avait débuté brusquement dans le flanc droit, après une période de constipation. La mort étant survenue dans le marasme, je trouvai à l'autopsie une péritonite généralisée et un foyer gangreneux péri-cæcal, consécutif à une perforation de l'appendice. Mais il n'y avait pas de foyer suppuratif en voie de formation autour du foie; c'est dans le viscère lui-même que se trouvait le pus, sous la forme d'abcès multiples. Un certain nombre de ces abcès offraient la disposition aréolaire; ils avaient pour point de départ le système porte.

On sait que ces abcès aréolaires peuvent tirer leur origine des voies biliaires enflammées, comme l'a soutenu M. Chauffard et comme j'ai pu l'observer dans un cas examiné avec M. Phulpin. D'autre part, ces abcès peuvent naître des veines sus-hépatiques (Achalme, Claisse). Enfin la présente observation et quelques autres que j'ai recueillies dans la littérature établissent qu'ils peuvent encore provenir du système porte. On doit donc conclure que les abcès aréolaires ne sont qu'une forme anatomique des suppurations du foie dont la nature et l'origine sont multiples et qui peuvent naître des différents systèmes canaliculaires de cet organe.

Les abcès du foie ne sont qu'une des modalités de l'infection hépatique dans l'appendicite. On peut observer la pyléphlébite adhésive ou suppurative, limitée aux branches intra-hépatiques, ou étendue au tronc porte, ou même partant de plus loin, des veines de la région cæcale. Les abcès du foie peuvent exister seuls ou associés à la pyléphlébite. On est encore en droit de se demander si l'infection ne pourrait se traduire dans certains cas par des phénomènes moins bruyants, plus lents, tels que de simples lésions histologiques ou une cirrhose.

Quant aux lésions du cæcum et de l'appendice, elles sont très variables. Ordinairement, il y a perforation ou tout au moins ulcération de l'appendice, mais on a signalé aussi des lésions bien plus légères, si bien qu'il est impossible d'établir un rapport fixe entre la gravité des désordres appendiculaires et celle des complications hépatiques. On ne peut non plus invoquer l'existence de lésions antérieures du foie, la plupart des cas de ces accidents hépatiques ayant été observés chez des sujets jeunes et souvent même chez des enfants.

L'histoire clinique de ces complications est des plus obscures. Tantôt les lésions hépatiques sont méconnues, tantôt ce sont les altérations appendiculaires, ou encore c'est l'autopsie qui révèle à la fois les unes et les autres. Il serait cependant très important de pouvoir reconnaître à leur début ces accidents et même d'en prévoir le développement, car si le traitement chirurgical est impuissant à les combattre une fois qu'ils sont constitués, il pourrait agir efficacement pour en empêcher l'apparition en supprimant le foyer infectieux de la région iléo-cæcale avant que l'invasion du système porte soit un fait accompli.

M. Rendu. C'est quand l'appendicite est très limitée, et chronique pour ainsi dire, que se manifestent les lésions hépatiques; les lymphatiques ont le temps de se prendre, ce qui n'arrive guère dans les cas très aigus.

M. Hanot. Dans trois cas d'abcès aréolaires, je n'ai absolument pas pu retrouver le point de départ; et, en particulier, dans ces trois cas, l'appendice était absolument normal.

M. Chauffard. Dans la plupart des cas que j'ai réunis anciennement, l'origine de ces abcès biliaires fut absolument ignorée.

Goitre exophtalmique et injections de suc thyroïdien. — MM. Ballet et Enriquez présentent un chien chez lequel ils pratiquent depuis quelque temps des injections d'un mélange à parties égales de suc thyroïdien et de glycérine. Au cours d'une première série d'expériences on a constaté au bout de quatre jours, au niveau du corps thyroïde, une tuméfaction plus marquée à gauche qu'à droite; peu à peu elle s'est localisée à droite. Puis on a suspendu les injections, et la tuméfaction diminua; une nouvelle série d'injections fut refaite et une tuméfaction se reproduisit du côté droit du cou. Cette tumeur est rénitente, sensible, non expansive, mais de dimensions assez considérables. D'ailleurs ce phénomène s'est accompagné de toute une série d'autres symptômes qui seront énumérés plus tard.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 15 novembre 1894. — Présidence de M. le Dr Besnier.

Eruption zostériforme chez une syphilitique. — M. L. Jullien. J'ai l'honneur de vous présenter une femme de 28 ans, ser-

vante de cabaret, alcoolique et dyspeptique, qui, en juin dernier, fut atteinte d'une syphilis précocement grave, caractérisée par une éruption confluente de grosses papules et un véritable framboesia de la bouche avec de gros condylomes des gencives et de la face dorsale de la langue. Plus tard, elle devait souffrir d'une iritis dont elle n'est pas encore complètement guérie.

Elle était à peine entrée dans mon service, en août, qu'une éruption, précédée de violentes douleurs dans le côté gauche, se manifesta sur le territoire de la branche thoracique externe du 2e nerf intercostal lequel, comme on sait, envoie un rameau important d'anastomose à l'accessoire du brachial cutané interne (*nervus cutaneus brachi internus posterior superior* de Valentin). Les éléments érythémato-papuleux, nappiformes en certains points, s'étendaient en traînée de l'épitrochlée à l'aisselle, et de l'aisselle descendaient à travers le sein jusqu'à la ligne médiane qu'ils suivaient dans l'étendue de 10 à 12 centimètres sans jamais la dépasser.

Cette dermatose rentre dans la classe des éruptions zostériformes, bien distinctes, étiologiquement du moins, du zona que l'on a la plus grande tendance à considérer, depuis les travaux de Landouzy et Tommasoli, comme une maladie générale infectieuse, dont la lésion cutanée n'est que la manifestation extérieure (Babinski) ; mais, elle n'en dépend pas moins, indubitablement, d'une lésion nerveuse, névrite propagée et résulte d'une inflammation transmise par continuité de tissu d'un rameau nerveux aux éléments cutanés.

Rejetant les causes émotives et la possibilité d'une compression par périostose, aussi bien que les névrites d'origine mercurielle, encore bien hypothétique, alcoolique ou dyspeptique, je crois que ce cas peut être considéré comme ressortissant à la classe de ces zonas observés au début des maladies infectieuses et dont Letulle a publié quelques observations propres à prouver l'évolution de germes pathogènes capables de troubler la nutrition des éléments nerveux. Besnier a déjà fait remarquer la fréquence du zona chez les syphilitiques, se demandant si dans une certaine mesure la syphilis ne pourrait pas être incriminée comme cause d'irritation nerveuse. L'observation que je viens de présenter, me semble justifier complètement cette interprétation.

Dermatose post-vaccinale en placards simulant l'urticaire pigmentée. — M. J. Darier. L'enfant de 22 mois que je vous présente est resté parfaitement sain jusqu'en novembre 1893, époque à laquelle on le vaccina avec du vaccin de génisse sans prendre toutes les précautions de rigueur. Au dixième ou douzième jour apparut autour de l'une des pustules une zone rouge, squameuse et infiltrée qui grandit et persista ; d'autres placards en grand nombre se développèrent en trois mois sur les membres et le tronc. Ces placards sont d'un rose brunâtre, nettement limités, très infiltrés et indurés, à bords saillants, à surface squameuse ; ils sont fortement purigineux. Par moments se produisent des poussées ; les placards se tuméfient et suintent. Eliminant les hypothèses de psoriasis, lichen, syphilis, lupus ou lépride même, on pouvait se croire en présence d'urticaire pigmentée. La desquamation des placards et l'absence de dermographisme devaient faire hésiter. L'examen histologique d'un lambeau excisé montra les lésions d'une dermite chronique intense sans mastzellen avec vacuolisation et eczématisation aiguë sur certains points. Il s'agissait donc d'un eczéma chronique en placards, forme très rare chez l'enfant, durant depuis un an et consécutif à la vaccine. On peut se demander si l'eczéma a été réveillé chez un prédisposé ou s'il n'y a pas eu plutôt inoculation simultanée de quelque chose ayant produit l'eczéma.

Zona gangreneux. — MM. H. Hallopeau et Le Damany présentent une malade atteinte d'un zona anormal compliqué de gangrène massive. Ils formulent les conclusions suivantes : 1° le zona de la face peut s'accompagner d'une gangrène massive à progression excentrique intéressant le tissu cellulaire sous-cutané en même temps que la peau ; 2° cette gangrène progressive doit être considérée comme une complication due à la propagation de ses générateurs, les microbes saprogènes, dans les tissus ambiants qui leur offrent un terrain favorable ; 3° le zona peut donner lieu concurremment, par nécrose dermique, à des ulcérations qui tendent également à se propager excentriquement ; il se produit alors un bourbillon semblable à celui du furoncle ; 4° les éléments éruptifs peuvent rester complètement isolés ; on cherche alors en vain les dentelures arrondies des surfaces ulcérées ; 5° les douleurs spontanées peuvent faire facilement entièrement défaut ; 6° il peut survenir secondairement, sous l'influence de la toxémie gangreneuse, des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses sur différentes parties de la surfaces cutanée.

Nævus lichénoïde. — MM. H. Hallopeau et Jeanselme présentent un nouveau cas de nævus en traînée linéaire. Il est remarquable par sa grande étendue, car il part du pied pour remonter jusqu'à la région fessière. Il correspond dans la plus grande partie de son trajet aux lignes qui, suivant Voigt, marquent les limites des territoires nerveux. Il offre la plupart des caractères objectifs du lichen de Wilson ; il en diffère par l'absence de prurit, par la présence de lignes achromiques bordant la traînée de papules et par la chute des poils.

Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire. — M. Mendel. J'ai déjà présenté à la Société, au mois de juillet dernier, la malade que je ramène aujourd'hui.

Si je la présente de nouveau, c'est que la lésion linguale existe aujourd'hui dans toute son intensité, malgré un traitement spécifique persévérant (3 grammes d'iodure de potassium et 2 pilules de Dupuytren par jour), alors qu'elle semblait avoir cédé il y a cinq mois.

Le sillon médian de la langue, fort profond, est tapissé par des petits points très abondants.

De chaque côté de ce sillon, sur une muqueuse à peu près normale, on note la présence de nombreuses taches blanc grisâtres, allongées ou arrondies, lenticulaires. Ces taches sont surélevées et semblent formées par la réunion de petites masses exsudatives au-dessous desquelles la muqueuse est grisâtre.

La langue semble épaissie à la malade, mais il y a peu de gêne. La lésion date de quinze ans ; la syphilis de vingt ans.

Ichthyose familiale. — M. E. Jeanselme. Bien que l'on connaisse des cas d'ichthyose familiale, la coexistence de cette malformation cutanée sur plusieurs membres d'une même famille n'est certainement pas fréquente. C'est ce qui m'engage à vous en présenter un exemple.

Cette famille se compose de sept personnes, du père et de la mère, indemnes de toute altération cutanée, et de

5 enfants dont 4 sont vivants. Parmi ceux-ci, l'aînée n'offre aucune maladie de la peau, mais vous pouvez vous assurer que les 3 autres enfants sont atteints d'ichthyose légère, mais évidente. Au dire de la mère, l'enfant qu'elle a perdu avait également de l'ichthyose.

Psoriasis chez une syphilitique. — M. Renault présente une femme chez laquelle le psoriasis a débuté à l'âge de 3 ans. En octobre 1893, celle-ci contracta la syphilis, puis un an après elle eut une poussée de psoriasis qui présenta les particularités suivantes : teinte cuivrée de l'éruption, disposition circulaire des plaques. L'auteur rappelle à ce sujet l'influence de la syphilis sur le psoriasis.

M. Gastou présente un homme atteint d'une lichénification intense du scrotum, consécutive à un prurit chronique de cette région et lié avec un prurit généralisé.

M. Gaucher présente un tabétique atteint d'ostéopathie péronéo-tibiale. Le malade était syphilitique.

A ce propos, M. Fournier fait remarquer l'inefficacité absolue de l'iodure de potassium dans l'exostose tabétique. Celle-ci se distingue de l'exostose syphilitique par la rapidité de sa production, l'absence de douleur quelconque, l'insuffisance du traitement spécifique.

M. Galezowski démontre qu'il y a des affections oculaires congénitales qui relèvent de la syphilis héréditaire.

M. Stoukonenkoff envoie une communication sur les lésions de l'épiderme dans le pemphigus et un autre sur les troubles de la sensibilité dans l'eczéma.

M. Ehlers envoie un travail dont les conclusions sont que la syphilis est très rare en Islande (1 cas à sa connaissance) et que la paralysie générale y est inconnue.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 novembre 1894. — Présidence de M. Christian.

Lecture du procès-verbal de la dernière séance.

Rectification. — M. Abadie : Dans le compte rendu de la dernière séance de la Société, M. le secrétaire m'a fait dire les paroles suivantes qui ont été publiées dans la *France Médicale* : « Je maintiens contre MM. Roux et Martin que « dans la diphthérie il faut commencer par le traitement « local ».

Je ne me suis pas exprimé ainsi; j'ai dit simplement qu'il ne fallait pas trop se presser d'abandonner tout traitement local au profit de la sérumthérapie. J'ai relevé encore dans les journaux parus cette semaine des faits qui viennent à l'appui de mon opinion.

Dans une communication faite à la Société médicale du VIIe arrondissement, M. le Dr de Crésantignes expose que dans 40 cas de diphthérie bien avérée où la nature de la maladie a été démontrée, soit par l'examen bactériologique soit par des faits de contagion très concluants, il a eu, en appliquant rigoureusement le traitement local de Gaucher, 39 guérisons et 1 seul insuccès.

MM. André Moussous et Rocas (de Bordeaux) sur 106 enfants ayant subi la trachéotomie et tous atteints par conséquent de formes de croup très graves, en ont guéri 68, c'est-à-dire 64,15 0/0, par des traitements purement locaux. Ces derniers résultats sont tout à fait remarquables et montrent combien même avant la sérumthérapie le traitement de la diphthérie s'améliorait.

Je le répète, je ne marchande pas mon admiration aux travaux de MM. Roux et Martin; je suis convaincu, que dans les formes très graves, la sérumthérapie parviendra à sauver des malades qui, sans elle, auraient succombé, mais la question n'est pas là.

Vaut-il mieux au début abandonner la maladie à elle-même sans la traiter localement? Peut-être que bien des formes qui auraient pu être jugulées dès les premières heures deviennent malignes et graves quand on les laisse progresser. Puis, chose dont il faut tenir compte, la diphthérie est répandue partout, même dans les plus petits villages et là comment se procurer le sérum curatif? Faudra-t-il attendre sans rien faire qu'on en fasse venir de la ville voisine. La découverte, tout en restant très grande au point de vue scientifique, a peut-être besoin de subir quelques modifications pour entrer définitivement dans la pratique et y supplanter sans conteste toujours et partout les autres modes de traitement.

Quelque chose d'analogue a lieu en ce moment pour une autre grande découverte qui a eu moins de retentissement que la précédente et qui n'en est pas moins de premier ordre.

M. Calmette a trouvé les moyens de combattre les effets mortels de la morsure des serpents venimeux. Pour cela il injecte dans le voisinage de la blessure quelques gouttes de chlorure d'or au centième. Malheureusement, le chlorure d'or est un produit qu'il est à peu près impossible de conserver même dans un flacon bouché à l'émeri. Inconvénient fâcheux qui nuira certainement à la vulgarisation de cette méthode de traitement.

M. de Beauvais. J'appuie d'autant plus les observations de M. Abadie qu'à la dernière séance de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, dont je suis actuellement président, MM. de Crésantignes et Delthil émettaient le même avis. M. Carron de la Carrière nous a, d'autre part, signalé des cas d'enfants sur le point d'être trachéotomisés qui avaient échappé à l'opération grâce aux injections d'antitoxine; tous les phénomènes graves avaient rapidement disparu.

On sait que le cheval est peut-être le seul animal réfractaire à la diphtérie; le sérum de cheval non immunisé et simplement additionné d'iode ne pourrait-il pas produire un résultat semblable à celui dû à l'emploi de l'antitoxine?

Il est évident, au dire des médecins d'enfants, que depuis un an la diphtérie présente une gravité moindre; quoi qu'il en soit, je visitais ce matin le laboratoire du docteur Roux et cet éminent bactériologiste m'a indiqué un abaissement de mortalité de la diphtérie véritablement surprenant, dû vraisemblablement à sa méthode thérapeutique.

M. Duroziez. Je voudrais insister sur ce que vient de nous dire M. Abadie. Comment M. de Crésantignes peut-il vanter, dans les conclusions de son travail, la sérumthérapie, puisqu'il obtient d'excellents résultats avec le traitement local? Ce qui me chagrine dans la sérumthérapie, c'est son inutilité dès que le bacille de Loefler se trouve associé au streptocoque ou à d'autres microbes.

Adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite : Lettre du Dr Guermonprez (de Lille) demandant à être nommé membre correspondant.

Renvoi à une commission composée de MM. de Beauvais, Polaillon et Pellier rapporteur.

Présentation de brochure. — M. de Beauvais. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau un exemplaire d'une conférence, que j'ai faite à l'amphithéâtre de la Sorbonne devant la Société des sauveteurs de la Seine, sur la méthode des tractions rythmées de la langue du Dr Laborde. Ce procédé, aussi simple que pratique, dont l'éminent chirurgien M. Verneuil parlait récemment avec éloge à l'Académie de médecine, en rendant hommage à l'auteur, mérite d'être vulgarisé le plus possible. Il peut rendre des services réels et immédiats dans tous les cas d'asphyxie par submersion, par strangulation, par les gaz délétères de toute nature, par les inhalations chloroformiques, dans la mort apparente des nouveau-nés, dans la syncope, dans les suffocations par accès d'asthme ou de coqueluche, par l'introduction de corps étrangers dans les voies aériennes. Ajoutons, de plus, que l'insuccès de ce procédé, en pareils cas, est un des signes les plus certains de la mort confirmée. Cette conférence a pour but principal de faire connaître à toutes les personnes appelées à donner des secours d'urgence un moyen héroïque et sans danger, qui prend une place sérieuse et utile à côté des procédés de respiration artificielle habituellement mis en usage. Je ne saurais trop recommander à tous les praticiens la méthode remarquable du distingué directeur des travaux de physiologie de la Faculté de médecine de Paris.

Brûlures de l'œil par les vapeurs d'ammoniaque. - M. Trousseau. L'usage de la solution ammoniacale désignée sous le nom d'alcali volatil est des plus répandu. Il n'est pas un médecin qui ne connaisse les propriétés irritantes pour les muqueuses nasale et conjonctivale des vapeurs qui se dégagent de cette solution, mais peu de praticiens auraient l'idée de recommander à leurs clients d'user de prudence dans le maniement de ce liquide et spécialement dans le débouchage du flacon qui le contient. Aussi ai-je cru devoir insister sur les dangers que peut offrir pour l'œil l'issue brusque d'un flacon, jusque-là hermétiquement bouché, des vapeurs ammoniacales.

Les accidents que j'ai observés ont été causés par ces vapeurs exclusivement, sans que le liquide ait le moins du monde pénétré dans l'œil. J'ai tenu à m'assurer bien exactement de ce fait et à le mettre en évidence dès le début de cette étude. On comprend que le contact d'une solution caustique puisse avoir pour l'intégrité du globe oculaire des conséquences désastreuses, mais on est moins disposé à admettre que de simples vapeurs puissent offrir des inconvénients aussi sérieux.

Quand un individu respire un flacon d'alcali, il est saisi d'une violente irritation nasale et conjonctivale. Il éternue à plusieurs reprises, ressent une sensation de brûlure dans le nez en même temps que ses yeux s'injectent et pleurent abondamment, puis tout rentre dans l'ordre. Mais si le contact a été plus violent, plus soudain ou plus prolongé, des phénomènes irritatifs ou morbides peuvent persister du côté des yeux. La conjonctive reste hypérémiée pendant plusieurs jours, le larmoiement persiste et une vraie photophobie s'établit. C'est ce qu'on pourrait appeler le 1er degré des brûlures de l'œil par les vapeurs ammoniacales.

J'eus à soigner récemment une fillette de 12 ans à qui sa mère avait fait respirer pendant un temps assez prolongé un flacon d'ammoniaque dans le but de guérir un rhume de cerveau. Elle avait sur l'instant ressenti une vive cuisson du côté des yeux qui s'étaient mis à larmoyer, le soir elle s'était endormie sans difficulté, mais à son réveil elle n'avait pu ouvrir les paupières collées l'une à l'autre par une abondante sécrétion. Elle me fut amenée le lendemain de l'accident. Les voiles palpébraux étaient gonflés, les conjonctives non seulement injectées, mais encore œdématiées, sécrétaient beaucoup de muco-pus. Les cornées étaient intactes. Cet état dura plusieurs jours, puis grâce à de nombreuses applications de compresses tièdes boriquées, tout l'appareil reprit son aspect accoutumé.

C'est là un stade plus avancé du 1er degré de ces brûlures mais qui permet la *restitutio ad integrum* des parties atteintes.

Dans ce qu'on pourrait appeler le 2e degré, les phénomènes sont les mêmes, mais il se fait de vraies eschares de la muqueuse conjonctivale, et il est difficile ou presque impossible de prévenir un symblépharon partiel, comme je l'ai observé chez une fille de cuisine qui avait débouché une bouteille d'ammoniaque pour je ne sais plus quel usage domestique. Cette femme fut malade trois semaines, présenta un léger halo-cornéen qui disparut, mais eut des adhérences conjonctivales, en somme assez peu importantes.

Le dernier cas que je vais citer répondrait à un 3e degré de ces brûlures gazeuses. Il est beaucoup plus grave et le malade victime de l'accident peut aujourd'hui tout juste se conduire malgré les soins les plus tenaces. Après avoir débouché un flacon d'alcali volatil, un jeune valet de chambre fut saisi de violents phénomènes d'irritation oculaire, mais je ne l'examinai que cinq à six jours après l'accident avec des conjonctives rouges, violacées, œdématiées et sécrétantes. Les cornées étant alors intactes, je crus pouvoir porter un pronostic favorable j'insistai seulement sur les précautions à prendre pour empêcher les adhérences conjonctivales (mobilisation fréquente des paupières, introduction de vaseline dans les culs-de-sac). Je fus désagréablement surpris trois jours après cette première visite quand je revis mon malade dont les cornées commençaient à se troubler. Je prescrivis l'atropine, les compresses d'eau bouillie chaude et les membranes reprirent assez de transparence pour que je fusse de nouveau rassuré ; l'état conjonctival était devenu et resta par la suite, très satisfaisant. Tout semblait rentrer dans l'ordre, quand trois semaines environ après l'accident les cornées se troublèrent de nouveau, devinrent blanches laiteuses et la vision fut complètement abolie. Bref, après six mois de soins j'étais parvenu à redonner un peu de transparence aux cornées et je pus faire une iridectomie qui permit tout juste au malade de sortir sans guide et de se livrer à de gros travaux.

Je ne saurais trop insister sur la gravité et sur la marche insidieuse de ces derniers accidents. On voit qu'en cas de semblables brûlures il faut réserver le pronostic et se méfier de l'apparition tardive d'une opacité cornéenne qui peut même reparaître avec plus d'intensité après avoir semblé s'amender. Un œil peut, en apparence, demeurer presque intact pendant plusieurs jours, alors qu'en réalité il est déjà sérieusement compromis.

Le maniement du liquide ammoniacal offre donc, pour les yeux, un danger sérieux sur lequel on ne saurait trop appeler l'attention des médecins et des gens du monde. Les brûlures déterminées par les vapeurs d'ammoniaque

peuvent amener la simple hyperémie conjonctivale aussi bien que la sérieuse opacification de la cornée. Elles offrent parfois une marche insidieuse et on ne peut être fixé sur leur gravité réelle qu'après plusieurs jours d'observation.

Discussion. — M. DE BEAUVAIS. Nous recommandons à nos sauveteurs, lorsqu'ils se trouvent en présence d'individus en syncope, de n'user de l'ammoniaque qu'avec la plus grande discrétion et la plus grande prudence ; la communication très intéressante de M. Trousseau démontre à quel point nos recommandations sont justes.

M. ABADIE. J'ai eu l'occasion d'observer un cas bien grave de brûlure des yeux par la vapeur d'ammoniaque. C'était dans une usine où l'on fabriquait des machines à faire de la glace. Un gros tuyau vint à crever et la vapeur d'ammoniaque s'échappa sous une forte pression en faisant des nuages de vapeur. Deux ouvriers furent enveloppés, l'un put être retiré tout de suite, l'autre resta quelques minutes étourdi sur le sol, exposé aux vapeurs d'ammoniaque. Le premier en fut quitte pour un léger leucome cornéen, quant au second, quand je le vis quelques heures après l'accident, ses yeux ressemblaient à ceux d'un poisson cuit, la cornée paraissait opaque, laiteuse, absolument confondue avec la sclérotique. Je croyais que la destruction avait été complète, immédiate ; quel fut mon étonnement, le lendemain en l'examinant avec plus de soin, de constater que cet aspect de l'œil tenait à une fausse membrane qui recouvrait toute la surface oculaire et que je pus enlever avec une pince. Au-dessous, je retrouvai les cornées saines en apparence. Une fois cette espèce de production membraniforme enlevée, cet homme s'écria avec joie qu'il voyait Mais sa joie fut de courte durée, les jours suivants, en effet, les cristallins commencèrent à se gonfler et à perdre leur transparence, il survint une double cataracte comparable à une cataracte traumatique qu'il fallut extraire. La vision fut de nouveau restituée, mais peu à peu la conjonctivite bulbaire, qui avait été détruite par l'action chimique de l'ammoniaque, se transforma en tissu cicatriciel, les cornées perdirent peu à peu leur transparence et cet homme finit malgré tout, après toutes ces péripéties, par devenir complètement aveugle. Du reste, ces accidents graves, consécutifs à des brûlures de la conjonctivite par les bases ou des acides sont fort bien décrits par Desmarres qui nous met en garde contre un pronostic trop favorable qu'on a tendance à porter les premiers jours et que l'évolution toujours grave de la maladie vient bientôt démentir.

M. DUBUC. Ne peut-on pas neutraliser l'effet de l'ammoniaque, lorsqu'on est appelé immédiatement après l'accident ?

M. TROUSSEAU. Parfaitement.

M. DUROZIEZ. Jamais je n'ai employé l'ammoniaque comme substance vésicante ; en ce sens, la cicatrisation est-elle plus rapide qu'à la suite du vésicatoire à la cantharide, lequel laisse des traces cutanées longtemps après son emploi ?

M. DUBUC. Cela dépend du temps qu'on laisse l'ammoniaque en contact avec la peau ; quand on imprègne l'ammoniaque un morceau d'amadou et qu'on l'applique sur la peau, on surveille la production de l'ampoule.

M. ABADIE. J'ai vu quelquefois des brûlures superficielles par des solutions ammoniacales étendues et même concentrées, qu'on lavait bien immédiatement à grande eau. Les cas que j'ai signalés sont dus à des vapeurs d'ammoniaque.

Discussion sur la bicyclette. — M. DE PEZZER. Puisque notre secrétaire général fait appel à chacun de nous pour recueillir des faits relatifs aux accidents causés par la vélocipédie, permettez moi de vous rappeler un travail que j'ai publié en janvier dernier et qui en renferme un certain nombre (1).

Dans ce travail, après avoir rappelé la disposition des parties molles du périnée et montré comment les nerfs et les vaisseaux de cette région peuvent être comprimés entre la selle du vélocipède et la face interne des ischions, j'énumère les lésions que j'ai déjà observées et qui sont déjà assez nombreuses ; chez la femme, irritation des grandes lèvres, épaississement de l'épiderme, envies fréquentes d'uriner, etc. Depuis la publication de ce travail plusieurs de mes confrères m'ont mis à même d'observer des cas d'abcès des glandes vulvo-vaginales.

Chez l'homme, congestion hémorrhoïdale, suivie d'hémorrhagie dans un cas ; congestion de la prostate ayant déterminé une rétention d'urine ; abcès de la marge de l'anus ; engourdissement du périnée et de la verge ; érections ; rappel d'uréthrites ; abcès urineux avec rétrécissement de l'urèthre.

Dans un cas de rupture de l'urèthre suivi de rétrécissement, je dus pratiquer l'uréthrotomie externe.

Tels sont les faits que j'ai observés et qui sont, je crois, de nature à entrer en ligne de compte avec ceux recueillis par nos collègues.

M. DUBUC. Jamais je n'ai vu de lésions génitales dues uniquement à la bicyclette ; les malades que j'ai été à même d'observer avaient eu autrefois des lésions du côté des organes génitaux et les symptômes observés n'étaient que le retour de symptômes anciens. Souvent, il faut incriminer la variété de selle dans la production des accidents.

M. POLAILLON. Je n'ai rencontré que deux femmes présentant des lésions dues à l'usage de la bicyclette, l'une avait une inflammation du capuchon du clitoris par suite du frottement du bec de la selle et cette inflammation a vite disparu, l'autre avait une salpingite aiguë, mais il est vraisemblable de croire que cette salpingite datait de plusieurs mois et que la bicyclette n'a été cause que d'une aggravation.

Pour moi, d'une façon générale, la bicyclette n'est pas mauvaise pour la femme ; elle développe le système musculaire.

M. DE PEZZER. Ce qui fait que j'ai recueilli un certain nombre d'accidents imputables à la seule bicyclette, c'est que j'ai examiné surtout des professionnels. Je suis loin d'ailleurs de déconseiller l'usage de la bicyclette.

M. PERRIN. Je me trouvais à la séance de la Société de médecine publique où on a discuté cette même question. Le professeur Pinard est d'avis que la bicyclette engendre la rétroversion utérine ; suivant moi, ce déplacement utérin serait produit par les mouvements dus à l'enfourchement de la machine pour monter et par ceux nécessités pour la descente. Le professeur Pinard ne nous a pas indiqué le mécanisme de cet accident, qu'il aurait souvent remarqué.

M. WICKHAM. (*Varices des membres supérieurs.*) Il y a un

(1) DE PEZZER. De certaines lésions déterminées par la vélocipédie et en particulier des lésions périnéales causées par la selle des vélocipèdes. (*Ann. des mal. des org. génito-urin.*, janvier 1894.)

an environ, j'ai eu l'occasion de soigner un homme de 37 ans, lequel faisait de la bicyclette depuis six mois environ, mais bien qu'il s'adonnât à cet exercice simplement pour se distraire, il s'était entraîné et marchait constamment à des allures rapides, ce qui nécessitait une position spéciale sur la machine : tronc penché en avant, traction sur le guidon par l'intermédiaire des membres supérieurs, d'où contraction énergique et prolongée du système musculaire des bras. Cet homme, au moment où il est venu me consulter, présentait une dilatation très accentuée de tout le réseau veineux superficiel des deux membres supérieurs avec varicosités au niveau des parois antérieures des aisselles, de plus, il se plaignait de douleurs profondes à accès parfois assez rapprochés.

Il est juste de faire remarquer que mon malade était un prédisposé puisqu'il était hémorrhoïdaire et que depuis l'âge de 20 ans il avait dû presque toujours porter des bas élastiques. Sous l'influence de la bicyclette, ses hémorrhoïdes et ses varices de jambes, à son dire, étaient devenues plus volumineuses ; par contre, avant de se livrer à ce sport, il n'avait jamais rien remarqué du côté de ses bras. Je lui donnai naturellement le conseil de suspendre cet exercice et en somme les douleurs brachiales ont disparu complètement au bout de huit jours ; quant aux varicosités, elles étaient encore nettement apparentes deux mois après. J'ai revu avant-hier mon malade et j'ai remarqué que le réseau veineux superficiel ne se voyait qu'à la suite de la contraction prolongée des muscles, mais sous cette influence les veines se distendaient au point qu'il est vraisemblable de croire que les anciens accidents se manifesteraient de nouveau, si la cause déterminante reexistait.

M. de Beauvais. Comment M. Wickham explique-t-il la production de ces varices ?

M. Wickham. On peut invoquer le même mécanisme que celui qui engendre les varices des membres inférieurs ; ces dernières, comme on sait, se rencontrent principalement chez les gens dont la profession exige la station debout à la même place. La contraction musculaire chasse le sang dans les veines superficielles ; ce que j'ai dit de la position de l'homme en bicyclette, lorsqu'il marche à grande vitesse ou qu'il gravit une côte, est en faveur de mon explication. D'ailleurs, cette position à bicyclette pendant les efforts explique aussi pourquoi chez les coureurs le périnée ne se trouve pas comprimé contre la selle ; l'homme soulève et soulage son siège d'une part en appuyant fortement sur les pédales avec ses pieds, d'autre part en tirant sur les guidons avec ses mains. Pour aller vite comme pour gravir une pente, les quatre membres doivent travailler presque avec une égale énergie.

— La séance est levée à 5 h. 1/2.

SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 10 octobre 1894. — Présidence de M. Rotillon.

M. le président souhaite la bienvenue à notre nouveau collègue, le Dr Menne, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

La Correspondance comprend : 1° une série de journaux et de publications, parmi lesquelles le *Bulletin de la Société des sciences médicales de Gannat* et le *Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux* ; 2° une lettre du Dr Roussy, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et continuer la lecture de son travail sur la misère à Paris ; 3° une lettre du Dr Queyssac, qui, n'étant plus médecin des bureaux de bienfaisance, adresse sa démission de membre de la Société.

Candidature du Dr Triboulet — M. Billon lit un rapport sur cette candidature. M. Triboulet est admis à l'unanimité.

Nomination de la commission des candidats au bureau de 1895. — D'après une proposition adoptée en séance l'année dernière, une commission composée du bureau et d'un nombre égal de membres nommés en séance doit présider à la confection de la liste des candidats.

L'application de cette proposition ayant soulevé quelques critiques, il est décidé que pour cette année deux membres seulement s'adjoindront au bureau : MM. Gourichon et Thominet sont désignés à cet effet.

M. Meugy prend texte de cet incident pour démontrer la nécessité de reviser les statuts qui régissent la Société. Conformément au règlement, il présente une motion dans ce sens signée de dix membres.

Cette question figurera à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Congrès d'assistance publique de Lyon. — M. Billon rend compte de sa mission à Lyon en qualité de délégué de la Société. Ce compte rendu sera inséré dans *La France médicale*.

Publication des procès-verbaux. — M. Le Coin trouve défectueux le mode actuel de publication des procès-verbaux. Un temps trop long s'écoule entre la séance et la publication. Il propose donc de faire imprimer le procès-verbal peu de jours après la séance pour l'envoyer à tous les membres, qui seraient ainsi mieux à même de présenter leurs observations le jour de sa lecture.

Cette question, soulevant quelques objections, est renvoyée à l'étude du comité de publication.

Augmentation de l'indemnité pour les médecins des onze derniers arrondissements. — M. Rotillon invite ses collègues à hâter l'étude de cette question pour qu'elle soit soumise en temps utile au Conseil municipal, qui vote son budget au mois de décembre.

La légitimité de cette augmentation ne peut être mise en cause. Personne n'ignore en effet les difficultés et la surcharge du service médical dans les arrondissements dits excentriques. Il existe bien, à la vérité, entre les premiers et les derniers arrondissements, une différence dans le chiffre de l'indemnité ; mais, elle n'est nullement en rapport avec le nombre des malades et des visites.

Pour parer à ces inégalités, la réunion générale des médecins des Bureaux de Bienfaisance, provoquée par le Syndicat médical de la Seine, a demandé que l'indemnité allouée aux médecins soit proportionnelle au nombre d'indigents et de nécessiteux inscrits. Mais cette proposition, qui ne tient pas compte de l'étendue des circonscriptions, aurait l'inconvénient confraternel de diminuer l'indemnité des médecins du centre au profit de ceux de la périphérie. De plus, elle rencontrera le veto de l'administration qui ne voudra pas intéresser le médecin à l'augmentation du nombre de ses indigents ou nécessiteux ; car cette augmentation ne manquerait pas de grever le budget.

Une proposition plus simple, plus équitable et plus rapidement réalisable, consisterait à demander le relèvement de l'indemnité pour les médecins des onze derniers arrondissements, tout en réservant le seizième, si on le juge nécessaire. Le relèvement pourrait être de 300 francs.

M. Rotillon a pris l'avis de plusieurs conseillers municipaux qui se montrent très favorablement disposés à notre égard. M. Bompard, en particulier, très versé sur toutes les questions d'assistance, a donné la promesse formelle de déposer et de soutenir cette demande sur le bureau du Conseil.

Il faut donc se hâter, et le mieux serait de nommer immédiatement une commission qui présentera son travail à la séance prochaine.

Après quelques observations présentées par M. Kinzelbach qui est plutôt d'avis d'augmenter le nombre des médecins, de M. Noir qui signale les difficultés et les charges du service dans certains quartiers du centre, de M. Meugy qui demande la même faveur d'augmentation pour les médecins des consultations, on désigne pour étudier la question une commission composée de MM. Kinzelbach, Martin, Thominet, Billon, Noir et Gourichon.

M. Bonnet fait une communication qu'il se propose de compléter ultérieurement, à propos d'une suspension dont il a été frappé par M. le préfet de la Seine. Il se plaint de n'avoir été ni entendu ni appelé par le Conseil de surveillance, et proteste contre l'acte de sévérité dont il vient d'être victime.

M. Bonnot, déclarant s'en tenir simplement à la relation du fait en question, et, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire : Dr Bimsenstein.

SOCIETE DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre. — Présid. de M. Lucas-Championnière.

Bouton de Murphy. — M. Quénu. Les objections présentées dans la dernière séance contre le bouton de Murphy ne m'ont nullement convaincu et il est relativement facile d'y répondre.

J'ajouterai que le bouton a le grand avantage de permettre de faire rapidement une gastro-entérostomie et aussi d'éviter toute effusion de liquide stomacal.

Voici le procédé que j'emploie. Je place la première partie du bouton (bouché avec un bouchon et stérilisé) et ne m'en occupe plus. Cela fait, après incision de la face antérieure de l'estomac, je fais la suture en bourse sur la deuxième partie du bouton après, toutefois, avoir enlevé des lèvres de l'incision stomacale, les parties qui peuvent être infectantes. Puis, engainant l'une dans l'autre les deux parties du bouton, l'opération se trouve terminée.

Gastrostomie par le procédé de Villar. — M. Picqué fait un rapport sur l'opération dont M. Villar est venu présenter deux observations. Ce procédé consiste à faire une incision par laquelle on attire l'estomac au-dessous ; puis, faisant une incision parallèle à la première, à 1 ou 2 centimètres de la première, à décoller le lambeau qui les sépare et à le faire passer au-dessous du pont, de façon à faire une sorte de court œsophage artificiel qui s'oppose à l'issue des matières injectées dans l'estomac. Les parois sont suturées en trois places, de façon à s'opposer à la rentrée de l'estomac dans l'abdomen.

M. Routier. Il est un reproche que l'on peut adresser au procédé de Villar, c'est que c'est un moyen un peu long. Et comme la gastrostomie est d'ordinaire une opération *in extremis*, il faut autant que possible ne pas prolonger la durée de l'anesthésie opératoire.

M. Schwartz. J'appuierai l'objection que vient de présenter M. Routier, et je ne vois pas pourquoi nous avions recouru à un procédé plus compliqué, alors que le moyen simple que nous a indiqué M. Terrier suffit largement.

M. Segond. J'ai une observation de gastrostomie qui remonte à onze ans. Elle a été faite par le procédé le plus simple.

M. Monod. Je peux citer un malade qui a été opéré, il y a trois ans, sans perdre de suc gastrique. Il faut de temps en temps, avec une tige de laminaire ramener la fistule à un diamètre suffisant.

M. Lucas-Championnière. On décore du nom de Terrier un procédé qui n'est nullement de lui que j'ai appliqué depuis longtemps bien avant sa publication, et qui n'est certes pas de moi. J'ajouterai aussi que le procédé le plus simple me paraît le meilleur et qu'en ayant soin de faire l'incision stomacale même en un temps aussi petite que possible, on ne s'expose pas à l'écoulement du suc gastrique.

Culture du sarcome. — M. Moty. La culture anaérobie pourrait se faire en bouillon. A l'air libre elle pousse lentement.

Les inoculations aux animaux, dans la veine, sont bien tolérées. Sur 13 cas, dans 12 j'ai eu des faits positifs.

L'examen bactériologique fait voir des amas de microcoques que l'on retrouve dans tous les faits examinés.

Procédé de ligature des artères en chaîne. — M. Richelot fait un rapport sur une observation de M. Millot-Carpentier.

Péritonite suite de perforation. Laparotomie. Mort. — M. Richelot fait un rapport sur une observation présentée par M. Jullien. Il s'agit d'une perforation qui paraît due à un traumatisme qui avait eu lieu 29 mois au moins auparavant.

Le pus remplissait la cavité péritonéale et on fut obligé de faire une contr'ouverture et drainage du cul-de-sac vaginal postérieur, et faire un Mickulicz. La malade ne succomba que le neuvième jour.

La tentative était justifiée malgré l'état déplorable de l'opérée, et la perforation intestinale était possible à prévoir et par suite à suturer, d'où la guérison eût pu survenir.

Brancard pour transport de blessés. — M. Desprès (de Saint-Quentin).

Fracture de rotule, fragment séparé formant corps étranger du genou. Ablation. Suture. Guérison. — Présentation de malade par M. Delorme.

Résection de maxillaire. Autoplastie. Guérison. — Présentation de malade par M. Tuffier.

M. Berger. Cette restauration n'est possible que dans les cas faciles comme celui de M. Tuffier, où il s'agit d'un polype naso-pharyngien et où il n'est pas nécessaire de faire de grands délabrements comme dans les cas de sarcomes par exemple.

M. Quénu. On m'a objecté que la restauration immédiate empêchait une surveillance suffisante de la récidive. Or le malade que j'ai présenté a eu une récidive que M. Sébileau a opérée et il a suffi de mettre le doigt pour la sentir.

M. Delorme. Il est impossible d'affirmer que le malade qui

nous est présenté restera toujours dans un état aussi satisfaisant et peut-être ultérieurement la déformation pourra se produire.

F. Verchère.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

8e session tenue à Lyon, du 9 au 13 octobre.

Cinq faits de chirurgie rachidienne. — M. Gross (de Nancy). J'ai fait cinq opérations de laminectomies pour lésions rachidiennes, dont voici le résumé :

Obs. I. — Un jeune homme de 17 ans, dans une tentative de suicide, se fractura d'un coup de revolver la colonne vertébrale. Cette fracture fut immédiatement suivie d'hémiplégie droite, avec paresthésie du côté gauche. J'opérai immédiatement. Mon intervention fut impuissante. Aucune amélioration n'en résulta et le malade mourut le dix-septième jour.

Obs. II. — Un homme de 47 ans, dans une chute, se fit une fracture de la colonne portant sur les quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales. Il y avait une paraplégie totale ; les réflexes étaient abolis. Après laminectomie, je trouvai le fourreau médullaire aplati contre la saillie de la cinquième vertèbre dorsale. Je n'ai donc pas besoin de dire qu'il n'y eut aucune amélioration.

Obs. III. — Il s'agit d'un cultivateur tombé du haut d'un arbre ; le rachis avait été fracturé. Je ne vis ce malade que sept mois après l'accident. Il était complètement paraplégique ; une laminectomie ne l'améliora pas.

Mes deux autres observations ont trait à la tuberculose rachidienne :

Obs. I. — La première concerne une jeune fille de 17 ans, atteinte du côté des membres inférieurs d'accidents nerveux, d'abord considérés comme hystériques, mais que l'on fut bien obligé ensuite de rapporter à un mal de Pott. Quand je l'opérai elle avait de la contracture des membres inférieurs et des accès de suffocation. La déformation et la douleur existant au niveau des quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales, je fis l'incision à ce niveau et trouvai un tuberculome périméningé que j'extirpai. Le résultat fut excellent au début, mais, au bout de quinze jours, il y eut récidive des accès de suffocation et de la paraplégie. Le malade resta un an dans cet état puis mourut de méningite tuberculeuse.

Obs. II. — Jeune homme de 19 ans, mal de Pott dorsal, donnant de la rétention d'urine et de la paraplégie avec contracture en flexion, sensibilité abolie et réflexes exagérés. Je fis à droite de la saillie épineuse une incision verticale et réséquai un fragment de côte pour explorer le corps vertébral. Je ne trouvai aucun foyer purulent périrachidien. Pour explorer alors l'intérieur du rachis, je sectionnai les lames des quatre, cinq et sixième vertèbres dorsales, et je tombai alors sur une poche purulente que j'ouvris, et d'où sortit du pus grumeleux. Cette poche avait pour origine un point malade du corps de la vertèbre, que je grattai avec la curette, et j'enlevai de ce point deux petits séquestres. La lésion était donc limitée à la face postérieure du corps de la vertèbre. C'est là, en effet, une localisation de prédilection.

Donc, je conseille comme opération de choix la laminectomie, mais il faut la faire largement ; enlever la lame jusqu'à la base de l'apophyse transverse, sans quoi il est impossible d'explorer entre les racines nerveuses, et impossible de récliner la moelle.

Je veux aussi attirer l'attention sur la pathogénie de la paraplégie. Dans la dernière de mes observations, je trouvai la moelle courbée en angle obtus, les méninges avaient une coloration bleue opaque, qui tenait à leur congestion par compression veineuse. Dès que l'abcès fut évacué, la moelle reprit sa forme et les méninges leur coloration normale ; je crois que dans ce cas la paraplégie tenait à la congestion veineuse des méninges comprimant la moelle. Cette théorie est opposée à celle de Kraske qui attribue la paraplégie à de l'anémie de la moelle par compression.

Dans le cas actuel, le résultat fut une amélioration incontestable ; disparition des contractures, retour de la sensibilité, disparition de la rétention d'urine. Mais la guérison ne fut pas complète, la paralysie persista.

Je conclus par ces propositions :

1° L'anatomie pathologique montre des cas où l'intervention opératoire est nettement indiquée ; mais les cas sont rares où les éléments de diagnostic permettent de poser clairement les indications de l'opération ;

2° Même dans les cas où l'intervention est le plus indiquée, elle peut rester impuissante ; le pronostic thérapeutique doit donc toujours être réservé.

Cas de chirurgie rachidienne. — M. Péan (de Paris). En 1888, à la suite d'une morsure de cheval à la région dorsale, un palefrenier fut atteint au bout de trois ou quatre jours de paraplégie.

Je fis une incision verticale et mis à nu le rachis. Les lames vertébrales et les apophyses transverses étaient brisées et des esquilles traversaient la moelle. Je les retirai. Au bout de trois à quatre mois les fonctions étaient revenues complètes.

Dans le cas de tuberculose vertébrale, faut-il traiter chirurgicalement, et faut-il attendre qu'il y ait gibbosité? J'ai vu deux jeunes malades porteurs de fistules dorsales et une jeune femme avec une fistule lombaire, sans gibbosité, ni accident de compression. Je crois que dans ces cas il faut intervenir le plus tôt possible.

Sur le premier malade, en explorant le trajet avec le stylet, j'ai trouvé de nombreux trajets que j'ai ouverts et grattés ; rien ne venait du rachis.

Chez le second, au contraire, le trajet menait sur un arc vertébral et je trouvai plusieurs arcs et apophyses médullaires malades. Je les réséquai. Je vis que la poche se continuait dans l'intérieur du rachis et n'aurait certainement pas tardé à comprimer la moelle. Donc, dans les cas où il y a abcès, il faut agir et agir vite.

Il n'en est plus de même dans les cas de tubercules osseux primitifs du rachis, là tout est obscurité, aussi bien comme diagnostic que comme traitement.

Pour ce qui est des tumeurs rachidiennes, j'ai un fait.

Il s'agit d'un malade paraplégique qui m'avait été envoyé avec le diagnostic de mal de Pott. Une tumeur existait à la région cervicale pubienne sur la ligne médiane. Il s'agissait en réalité d'un enchondrome qui avait englobé les apophyses épineuses et transverses des premières vertèbres cervicales, et comprimait la moelle. Je pus dégager celle-ci. La paraplégie guérit. Au bout de quelques mois la paraplégie reparut. Craignant une récidive, je rouvris la plaie

sans rien trouver. Je n'ai pu suivre ce malade; je ne sais ce qu'il est devenu.

Sur un autre malade il existait une tumeur sacrée; j'enlevai la presque totalité du sacrum; la tumeur l'avait envahi et adhérait en avant au rectum. Le malade guérit parfaitement et ce fait prouve que la sacrectomie est une opération qui peut être suivie de succès.

Variétés de niveau des paralysies par traumatisme médullaire. — M. Chipault (de Paris). Quelques auteurs récents ont essayé l'étude segmentaire des fonctions de la moelle, destinée à permettre la localisation de niveau précise de ses lésions. Cette étude de chaque segment radiculo-médullaire successivement me paraît engagée dans une voie fausse : une seule racine ne suffit pas pour innerver un territoire cutané quel qu'il soit, ou pour donner la motilité à des muscles.

Il faut donc décrire des types de moelle en sautant au besoin de l'un à l'autre plusieurs segments : ces types seront tout à fait caractéristiques dans les lésions transverses totales, bien horizontales, frustes dans les lésions transverses totales obliques ou dans les lésions incomplètes. (L'auteur étudie successivement le type cervical, les types brachial supérieur et inférieur, le type crural, le type jambier, les types sacrés.

Il note dans chacun la limitation des troubles anesthésiques et moteurs, l'attitude caractéristique du malade, etc. Ces détails ne sont malheureusement point susceptibles d'analyse et leur reproduction intégrale permettrait seule d'apprécier l'intérêt et l'exactitude qu'ils présentent au point de vue des traumatismes médullaires en particulier, et plus généralement de toutes les lésions médullaires.

L'auteur fait passer sous les yeux du Congrès une série de planches reproduisant les dispositions décrites, et un album comprenant le détail des cas qui servent de base à ses descriptions.

Sur la cystostomie préliminaire dans le traitement de certaines fistules. — M. Pousson. La méthode américaine est de beaucoup la meilleure dans la majorité des cas de fistules vésico-vaginales. Mais il est un certain nombre de fistules au voisinage du col qui sont inopérables par le vagin. On cloisonne donc le vagin pour en faire une annexe de la vessie, avec ou sans issue par le rectum. Ces moyens sont simplement palliatifs. M. Pousson a fait une opération suspubienne qui est la huitième dans ce genre, et en réunissant les résultats des sept premières observations et de la sienne, il montre que l'ensemble des résultats est assez satisfaisant pour mériter l'attention. Dans son cas il s'agit d'une fistule urétro et vésico-vaginale suite d'un calcul. L'opération par le vagin ayant échoué, la taille sus-pubienne permit de voir la fistule, de l'aviver et d'en suturer les bords au catgut. La suture manqua au niveau de l'urèthre, mais réussit au niveau de la vessie. Les fistules vésico-intestinales proprement dites, quand l'S iliaque, l'intestin grêle, sont pris, pourraient, au sens de M. Pousson, être attaquées de cette façon.

(*A suivre*).

CORRESPONDANCE

Sur le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés par les grandes irrigations au permanganate de potasse.

Dans un article paru dans le numéro du 16 novembre de la *France médicale*, M. Dehenne critique le nouveau traitement que j'ai proposé pour l'ophtalmie des nouveau-nés. M. Dehenne se déclare absolument satisfait du traitement actuellement en usage, qui est d'une *sécurité absolue* et d'une *précision presque mathématique*. Je doute fort que tous les spécialistes soient de l'avis de notre confrère et il n'en manquera pas qui oseront avouer que, malgré le traitement le mieux fait, les cornées s'attaquent et se perforent quelquefois. Mais ces cas sont rares, il est vrai. Disons donc que les cautérisations *faites par le spécialiste* guérissent l'ophtalmie dans la grande majorité des cas.

Mais que pense M. Dehenne du sort des enfants qui n'arrivent que tardivement chez l'oculiste ? Il en a vu 3 en une année qui avaient les deux cornées détruites. Pour mon compte, j'en ai vu certainement davantage.

Rien qu'à l'Ecole Braille, on compte 40 enfants aveuglés par l'ophtalmie purulente. Il y en a un nombre plus considérable encore aux Jeunes Aveugles. Voilà pour les aveugles de la classe pauvre.

Et ceux qui n'ont perdu qu'un œil? Et ceux qui ont gardé des taies indélébiles et traînent une existence misérable ? M. Dehenne n'en parle point.

Il est satisfait du traitement par le nitrate ; cela suffit pour ne pas chercher une méthode nouvelle, une méthode à la portée de tous les médecins, et pouvant être appliquée par les sages-femmes elles-mêmes sous la direction du médecin.

Ai-je besoin de dire que les cautérisations sont rarement bien faites par ceux qui n'en ont pas une grande habitude ? La bonne volonté ne suffit pas ; il faut avoir appris et pratiqué. Heureusement que l'ophtalmie est très souvent bénigne, sinon nous verrions bien d'autres désastres !

J'ai dit que j'ai vu 12 fois, sur 35 enfants, des ulcérations cornéennes existantes au moment de la présentation des malades. Ce chiffre est énorme ; mais il est vrai, et j'ajoute qu'il est lamentable.

J'ai dit aussi que le quart des malades seulement avait été soigné avant le huitième jour de la maladie.

Trois yeux étaient perforés. Un enfant est aveugle. Et j'en ai vu arriver d'autres, les yeux détruits, depuis le jour où j'ai arrêté ma statistique !

Pourquoi tous ces désastres? L'incurie des sages-femmes? Pas de toutes assurément, car elles sont nombreuses celles que l'ophtalmie effraye. L'inertie des parents de l'enfant ? Mais comment faire quand la mère est couchée, que le père est à l'atelier !.,. On hésite, on tergiverse, avant de porter l'enfant chez l'oculiste,

souvent fort éloigné. Et le médecin, dira-t-on? Mais le médecin, lui aussi, hésite. La responsabilité est grosse et il n'a pas l'habitude de traiter les yeux! Et pendant ce temps on ne fait rien de sérieux, comptant que cela guérira quand même.

Voilà pourquoi je propose un traitement nouveau. Ce traitement, un peu plus compliqué et moins brillant que les cautérisations, n'aura peut-être pas les sympathies de tous les oculistes; mais, l'accueil que lui ont fait les maîtres en accouchement m'a montré que j'ai vu juste et qu'il fallait trouver autre chose. Que M. Dehenne s'informe, il apprendra que dans le monde obstétrical les satisfaits du nitrate sont rares.

M. Dehenne n'a jamais vu faire une irrigation au permanganate. Il affirme néanmoins, qu'elles n'ont pas d'action sérieuse, qu'elles sont même très irritantes pour la muqueuse oculaire, que leur nombre (trois en vingt-quatre heures) empêche l'enfant de dormir, qu'elles lui donnent des rhumes, des bronchites, des angines!!!

Est-il besoin de discuter? Le mouvement se prouve par la marche. L'efficacité de nos irrigations, leur innocuité est prouvée par mes 35 cas d'ophtalmie d'enfant, par tous les nouveaux cas qui ont été soignés avec un succès jamais démenti, depuis le 1er octobre dernier, au pavillon d'isolement des Quinze-Vingts, par 8 cas d'ophtalmie blennorrhagique d'adultes guéris uniquement par le permanganate, par 7 cas de catarrhes purulents intenses d'adultes, guéris en cinq ou six jours par le même traitement dans mon service. Et j'en omets!

La vérité est celle-ci : l'irrigation au permanganate, fait avec mon instrument et en suivant rigoureusement mes indications, est un moyen héroïque de traitement des conjonctivites purulentes — et il n'est pas besoin d'être oculiste pour l'employer.

Dr Kalt.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.— Des congés sont accordés, sur leur demande, à M. G. Sée, professeur de clinique médicale, et à M. Richet, professeur de physiologie

M. Gley, agrégé, est chargé d'un cours de physiologie.

M. le Dr Sabourand est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Darier, démissionnaire.

Faculté de médecine de Paris. — Clinique chirurgicale de la Pitié. — Pour cause de réparations urgentes, l'ouverture de ce cours est momentanément retardée. Elle sera annoncée ultérieurement par une affiche.

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés pour trois ans, à dater du 1er décembre 1894, chargés de cours annexes de clinique prévus au décret du 20 novembre 1893, les médecins et chirurgiens des hôpitaux dont les noms suivent :

Cliniques médicales : MM. Ferrand (Hôtel-Dieu), Robin (Pitié), Faisans (Pitié), Constantin Paul (Charité), Gouraud (Charité), Hanot (Saint-Antoine), Tapret (Saint-Antoine), Letulle (Saint-Antoine), Rendu (Necker), Huchard (Necker), Cuffer (Necker), Chauffard (Cochin), Fernet (Beaujon), Rigal (Beaujon), Duguet (Lariboisière), Troisier (Lariboisière), Dreyfus-Brisac (Lariboisière), Landouzy (Laënnec), Gingeot (Laënnec), Barth (Broussais).

Cliniques chirurgicales : MM. Polaillon (Hôtel-Dieu), Reclus (Pitié), Monod (Saint-Antoine), Blum (Saint-Antoine), Schwartz (Cochin), Quénu (Cochin), Peyrot (Lariboisière), Campenon (Broussais).

MM. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté, et Landouzy, professeur de matière médicale et thérapeutique, sont chargés en outre et sur leur demande, à titre de médecins des hôpitaux, de cours annexes de clinique, le premier à l'Hôtel-Dieu, le second à l'hôpital Laënnec.

Le concours d'agrégation en médecine. — Le Conseil d'État, statuant au contencieux sous la présidence de M. Laferrière, vient de se prononcer sur le pourvoi formé contre le concours pour l'agrégation des facultés de médecine qui a eu lieu en 1892.

L'Assemblée a rejeté le pourvoi et a, par conséquent, validé les opérations du concours. On se souvient que le principal grief était tiré de ce que le jury, informé d'une indisposition passagère d'un de ses membres, s'était ajourné au lendemain au lieu de se compléter par un tirage au sort fait parmi les membres supplémentaires.

La décision du Conseil d'État constate qu'il n'a été procédé, le premier jour, à aucun acte de concours, que c'est seulement le lendemain, alors que le jury était au complet, que le concours a réellement commencé, et que, dans ces circonstances, les faits allégués dans le recours ne constituent pas une infraction de nature à vicier les opérations auxquelles il a été procédé.

Ecole de médecine d'Amiens. — Par arrêté ministériel, en date du 17 novembre 1894, un concours s'ouvrira le 20 mai 1895, devant l'École de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

Chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris. — Dans la séance du Conseil supérieur de l'Assistance publique de jeudi 22 novembre, le directeur de l'Assistance publique doit proposer la modification suivante au règlement sur la réorganisation du service des accouchements dans les hôpitaux.

« Vu l'article 6, § 3, de l'arrêté du 10 octobre 1881, concernant la réglementation du service des accouchements dans les hôpitaux et chez les sages-femmes agréées, lequel article dispose que les deux services spéciaux de la Maternité et de Cochin sont distraits des autres et laissés aux mains des titulaires actuels;

« Considérant que le Conseil de surveillance, en votant, dans sa séance du 30 juin 1881, la proposition par laquelle l'un de ses membres (M. Nicaise) a demandé que les deux services dont il s'agit restent en dehors de la question, a entendu conserver ces deux services aux chirurgiens des hôpitaux et les maintenir dans le roulement ordinaire qui a lieu par ordre d'ancienneté ; »

Arrête :

Art. 1er. — Le paragraphe 2 de l'article 6 de l'arrêté du 18 octobre 1881, ainsi conçu :

« Deux de ces services, la Maternité et Cochin, sont distraits des autres et laissés aux mains des titulaires actuels » est modifié de la façon suivante :

Les mots « aux mains des titulaires actuels » sont remplacés par ceux-ci : « aux mains des chirurgiens des hôpitaux ».

Nous croyons savoir que cette proposition sera acceptée par le Conseil de surveillance à l'unanimité — moins peut-être une voix.

Conditions d'aptitude physique exigées pour les candidats aux écoles militaires. — Il vient de paraître une annexe à la nouvelle instruction sur l'aptitude physique au service militaire, du 13 mars 1894, qui expose d'une façon très détaillée les conditions d'acuité visuelle exigible des candidats aux différentes écoles militaires; cette lacune restait à combler dans l'instruction précédemment élaborée.

Il importe que nos confrères, qui sont si souvent consultés par les familles, connaissent exactement les conditions d'acuité visuelle que devront désormais remplir les jeunes gens. Nous donnons ci-après le tableau récapitulatif qui termine et résume l'annexe du 1er octobre 1894 :

École spéciale militaire (section de cavalerie, Saint-Cyr) et École de Saumur : minimum d'acuité visuelle : égale à 1 d'un œil, égale ou supérieure à 1/2 de l'autre; — maximum de la myopie : 3 dioptries.

École spéciale militaire (infanterie, Saint-Cyr), École militaire d'infanterie (Saint-Maixent), École du service de santé militaire (Lyon), docteurs en médecine admis directement à l'École d'application du service de santé (Val-de-Grâce) et vétérinaires stagiaires militaires : minimum d'acuité visuelle : égale à 1 d'un œil, égale ou supérieure à 1/4 de l'autre ; — maximum de la myopie : 4 dioptries.

Élèves de l'École polytechnique affectés aux armes de l'artillerie et du génie, École de sous-officiers de l'artillerie et du génie (Versailles), École d'administration militaire (Vincennes), pharmaciens de 1re classe admis directement à l'École d'application du service de santé et élèves en pharmacie du service de santé : minimum d'acuité visuelle : égale ou supérieure à 1/2 d'un œil, égale ou supérieure à 1/10 de l'autre; — maximum de la myopie : 6 dioptries.

Répartition des fonds du pari mutuel. — La commission de répartition des fonds du pari mutuel s'est réunie le mercredi 14 novembre pour examiner les propositions d'allocations faites dans la séance du 17 janvier 1894.

Ont été accordées :

Création d'un hôpital pour les jockeys et les hommes d'écurie à Chantilly	Fr. 100.000
Hôpital-hospice de Périgueux	200.000
Subvention complémentaire pour la construction d'un hôpital à Montbéliard	100.000
Assistance publique de Paris	500.000
Construction d'une salle d'opérations et achat d'une étuve à désinfection (hospice de La Fère)	6.000
Agrandissement du bâtiment principal de l'hospice de Gap	18.000
Reconstruction de la Maternité (hospice de Rodez)	20.000
Maternité de Cahors	100.000
Dispensaire Lenval, à Nice	1.000
Hospice privé de Saint-Germainmont (Ardennes)	1.000
Département du Cher (acquisition d'une étuve locomobile à désinfection)	6.400
Hospice civil de Dinan	1.250
Commune de Laforce (construction d'un asile-refuge pour les malades indigents)	5.000
Hospice de Vernon	30.000
Hospice de Quimperlé	200.000
OEuvre bordelaise de l'hospitalité de nuit, à Bordeaux	40.000
Hospice de Fougères	120.000
Hospice de Tullins (Isère)	10.000
Département de l'Isère (installation et acquisition d'une étuve locomobile à désinfection	7.000
Hospice de Mont-de Marsan	45.000
Hôpital-hospice de Vendôme	1.000
Hospice de Châteauneuf-sur-Loire	4.600
Hospice de Mende	70.000
Hospice de Daumeray	5.400
Hospice de Saint-Lô	60.000
Hospices civils de Reims	80.000
Hospice de Gondrecourt	50.000
Bureau de bienfaisance de Fourmies (construction d'un hôpital-hospice)	200.000
Hospice de Beauvais	5.000
Hospice de la Ferté-Macé	4.000
Hospice de Vic-Bigorre	4.000
Hospice de Perpignan	20 000
Ville de Tournan (acquisition d une étuve à désinfection)	4.600
Hôpital de Marines	12.000
Asile d'orphelins protestants de Castres	20.000
Union française à Constantinople (acquisition de terrain pour la construction d'un immeuble où auraient lieu les réunions des sociétés françaises de bienfaisanre)	100.000
OEuvre d'assistance par le travail, de Courbevoie	10.000
Société philanthropique, rue des Bons Enfants	100.000
Union d'assistance du 16e arrondissement, à la mairie (création d'un atelier de travail pour les hommes)	30.000
Caisse des écoles du 11e arrondissement	25.000
OEuvre des enfants tuberculeux	150.000
Société maternelle parisienne	150.000
Orphelinat des Arts	30.000
Petite crèche de la rue Gauthey	3.000
Orphelinat du faubourg Saint-Antoine	30.000

Le monument de Danielssen. — Le grand médecin et investigateur qui, pendant plus de cinquante ans, a employé son activité à Bergen et a occupé sans contredit la première place parmi les auteurs qui ont fait connaître la lèpre, est mort à l'âge de 79 ans. Son livre *Om spedalskhed*, fait en collaboration avec C. M. Bœck, est un patrimoine commun pour tous les médecins. Son action bienfaisante pour l'humanité dans l'hôpital de Lungegaards et les grands services qu'il a rendus à tous les lépreux de son pays doivent nous

servir d'exemple. Son souvenir vivra toujours dans le monde scientifique. Les médecins de toutes les nations en donneraient un témoignage en se groupant dans une action commune pour lui élever un monument.

On peut verser les souscriptions chez tous les membres du comité : MM. E. Besnier, 59, boulevard Malesherbes ; Campana, Rome ; Doyon, Lyon ; Hallopeau, 91, boulevard Malesherbes ; Haslund, Copenhague ; N. Hyde, Chicago ; Jullien, 12, chaussée d'Antin ; Kromayer, Halle ; G. Lewin, Berlin ; Neumann, Vienne ; v. H. Noman, Amsterdam ; v. Petersen, Saint-Pétersbourg ; Riehl, Vienne ; Schwimmer, Buda-Pesth ; Unna, Hambourg, Wolff, Strasbourg ; C. Bæck, Christiania ; Gaspary, Kœnisgberg ; v. During, Constantinople ; A. Hansen, Bergen ; V. Janowski, Prague ; Kaposi, Vienne ; Lasser, Berlin ; Neisser, Breslau ; OEdmansson, Stockolm ; Pringle, Londres ; Schiff, Vienne ; Thibierge, 7, rue de Surène ; Welander, Stocholm ; Zeisler, Chicago.

La pharmacie devant les Chambres. — Mardi, M. Jules Guesde a interpellé, à la Chambre des députés, le ministre de l'Intérieur sur le refus qu'il avait opposé à la création d'une pharmacie municipale à Roubaix. Il s'en est suivi un débat qui a pris une très grande ampleur mais dans lequel il a été fort peu question de pharmacie. Nous n'en parlerons donc pas.

Le même jour, le Sénat a commencé la discussion du rapport de M. Cornil sur la loi relative à l'exercice de la pharmacie. La discussion doit se continuer aujourd'hui jeudi, nous en donnerons le résultat dans notre prochain numéro.

Assassinat d'un médecin. — Mardi soir, vers quatre heures, le Dr Bouffier était dans une vespasienne près de la rampe de la Bourse, à Cette, lorsqu'un individu à la barbe rouge, vêtu d'une blouse, s'approcha de lui et lui tira deux coups de revolver.

Le docteur tournoya et tomba à la renverse. Il avait reçu une balle dans le cou, au côté droit, et celle-ci s'était logée près du cervelet. Le docteur put crier : « Au secours? », et pendant qu'on le transportait dans une pharmacie, le meurtrier, un journalier nommé Boutes, s'enfuyait à la mairie pour échapper à la foule et était aussitôt arrêté.

Le meurtrier, hébété, ne paraissait pas conscient de son acte. Il attribue au docteur la mort d'un enfant de 3 ans survenue hier. Le docteur l'avait visité, avait ordonné une potion et annoncé qu'il ne reviendrait pas, sauf complication.

Boutes n'acheta pas la potion et l'enfant mourut. Le père, surexcité, prit un revolver et sortit à la recherche du docteur.

La blessure ne paraît pas mortelle.

Clientèle médicale, dans les environs de Paris, à céder immédiatement, pour cause de santé. S'adresser à la Pharmacie, 53, boulevard Saint-Martin.

Nécrologie. — Le Dr Boulland (E.-E.), de Etinéhem (Somme), officier de l'instruction publique, décédé le 2 novembre, à l'âge de 61 ans. — Le Dr Compagnon, de Chasseneuil (Charente), reçu en 1874. — Le Dr Bouchard, de Vitré (Ille-et-Vilaine), reçu en 1876. — Le Dr Billière, de Cézillac (Lot), reçu en 1873. — Le Dr Dereux, de Sainte-Foy l'Argentière (Rhône) reçu en 1886. — Le Dr Piogey (Gérard), de Paris, officier de la Légion d'honneur, secrétaire de l'Association générale des médecins de France, reçu en 1850, décédé le 17 novembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les états intellectuels dans la mélancolie, par Georges Dumas, ancien élève de l'Ecole normale, agrégé de philosophie et docteur en médecine. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*. — Prix : 3 fr. 50. — Félix Alcan, éditeur.

La Blennorrhagie chez l'homme, historique, bacteriologie, clinique, traitements anciens et nouveaux, par le Dr J.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux, avec préface du professeur Guyon. 1 vol. in-8 carré d'amateur, peau pleine. — Prix : 8 fr. — Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain.

Formulaire pratique de l'Hypodermie, par MM. les Drs Cancalon et Maurange. 1 vol., reliure amateur, peau pleine, tête dorée. — Prix : 3 francs. — Rueff et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies, par le Dr Albert Mathieu, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8 carré, reliure d'amateur peau pleine, tête dorée. — Prix : 8 fr. — Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain.

Manuel de Médecine publié sous la direction de MM. G. Debove, membre de l'Académie de Médecine, professeur de la Faculté, et Ch. Achard, médecin des hôpitaux. Tome V : *Maladies du tube digestif, du péritoine, de la rate et du pancréas*. — Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain.

Le Massage, manuel théorique et pratique, par le Dr Georges Berne, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie de la Faculté. Avec 115 figures dans le texte. 1 vol. reliure amateur peau pleine, tête dorée. — Prix : 5 fr. — Rueff et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

Bibliothèque médicale, fondée par MM. Charcot et Debove, dirigée par M. G.-M. Debove. Volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain. — Derniers ouvrages parus :

Clinique et Thérapeutique infantile, avec formulaire pratique, par le Dr R. Blache. 2 vol.

Cancer du sein, par M. Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine et M. Félix Jayle, interne des hôpitaux.

Ostéomyélite de la croissance, par le Dr Mauclaire, interne, médaille d'or en chirurgie, prosecteur à la Faculté.

Antisepsie et Asepsie chirurgicale, par le Dr Auguste Reverdin, professeur à la Faculté de médecine de Genève.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing*. — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleuses. Diarrhée.**

L'EAU PURGATIVE de VICHY ou VICHY-PURGATIF est le purgatif le plus doux et le plus sûr qu'on puisse trouver.

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.